

Les effets des neuroleptiques et la recherche sociale en psychopharmacologie

The effects of neuroleptics and social research in psychopharmacology

David Cohen

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031516ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031516ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cohen, D. (1989). Les effets des neuroleptiques et la recherche sociale en psychopharmacologie. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 69–81.
<https://doi.org/10.7202/031516ar>

Résumé de l'article

L'utilisation répandue des drogues neuroleptiques en psychiatrie a amené une vague de maladies iatrogéniques et leurs conséquences socio-légales, phénomènes qui restent incomplètement examinés par les professions impliquées. Les intervenants sociaux manifestent une presque totale ignorance de ces problématiques. L'auteur résume une partie de l'évidence récente concernant les effets thérapeutiques et toxiques des neuroleptiques. Les effets thérapeutiques semblent avoir été exagérés, et ceci au détriment d'une meilleure reconnaissance des effets toxiques. En particulier, les symptômes extrapyramidaux, bien que largement répandus, passent souvent inaperçus ou sont alors confondus avec les symptômes de désordres psychiatriques. Le refus ou l'incapacité d'envisager ce problème de la perspective du patient fait perpétuer des souffrances inutiles. L'auteur discute des enjeux professionnels et politiques qui sous-tendent l'utilisation des neuroleptiques et du besoin pressant de réexaminer objectivement ses justifications. Des pistes d'intervention et de recherche appliquée et fondamentale en psychopharmacologie sociale sont proposées.

Les effets des neuroleptiques et la recherche sociale en psychopharmacologie

David Cohen*

L'utilisation répandue des drogues neuroleptiques en psychiatrie a amené une vague de maladies iatrogéniques et leurs conséquences socio-légales, phénomènes qui restent incomplètement examinés par les professions impliquées. Les intervenants sociaux manifestent une presque totale ignorance de ces problématiques. L'auteur résume une partie de l'évidence récente concernant les effets thérapeutiques et toxiques des neuroleptiques. Les effets thérapeutiques semblent avoir été exagérés, et ceci au détriment d'une meilleure reconnaissance des effets toxiques. En particulier, les symptômes extrapyramidaux, bien que largement répandus, passent souvent inaperçus ou sont alors confondus avec les symptômes de désordres psychiatriques. Le refus ou l'incapacité d'envisager ce problème de la perspective du patient fait perpétuer des souffrances inutiles. L'auteur discute des enjeux professionnels et politiques qui sous-tendent l'utilisation des neuroleptiques et du besoin pressant de réexaminer objectivement ses justifications. Des pistes d'intervention et de recherche appliquée et fondamentale en psychopharmacologie sociale sont proposées.

Au début des années 50, l'essai de la chlorpromazine sur 71 patients chroniques du Verdun Protestant Hospital a instauré l'ère moderne des traitements des troubles mentaux par drogues psychotropes. Aujourd'hui, la chlorpromazine et autres drogues connues sous les noms de neuroleptiques ou antipsychotiques sont utilisées par la quasi-totalité des patients schizophréniques (Ban et al., 1984). Indiquées spécifiquement pour le traitement des psychoses schizophréniques et affectives, elles sont quand même prescrites à 75 pour cent des résidents adultes en hébergement supervisé (Cohen, 1989a), 55 pour cent des patients chroniques en clinique externe (Dworkin et Adams, 1984), 45 pour cent des résidents âgés en pavillons (Bishop, 1989) et 35 pour cent des résidents d'institutions pour déficients mentaux (Hill et al., 1985). Aux États-Unis, les estimations du nombre annuel des utilisateurs de cette catégorie de psychotropes oscillent entre quatre et huit millions, auxquels s'ajoutent près d'un million de nouveaux utilisateurs par année (Gualtieri et Sprague, 1984).

Outre le pouvoir thérapeutique sans précédent

qu'elle promettait, l'ère pharmacologique en psychiatrie a introduit une vague de maladies consécutives aux traitements et leurs conséquences sociolégales. Tous les neuroleptiques, considérés comme indispensables dans la gestion du comportement psychotique, ont le potentiel de générer des symptômes extrapyramidaux, dont la dyskinésie tardive (DT), trouble neurologique persistant qui se manifeste par des mouvements involontaires, anormaux et continuels du visage, du tronc ou des extrémités dont sont atteints un cinquième des patients psychiatriques chroniques (Gerlach et Casey, 1988).

Le nombre de personnes atteintes de DT est difficile à établir, bien que ce désordre iatrogénique fut décrit pour la première fois à la fin des années 50. Lund (1989) mentionne 400,000-1,000,000 de victimes aux États-Unis alors que Breggin (1983) situe ce nombre dans les millions. Hill (1983) avance le chiffre de 73 millions de personnes atteintes de DT au monde. En extrapolant à partir des chiffres de Lund (qui représentent 0.16%-0.4% de la population totale), on peut estimer à titre d'essai qu'entre 10,000 à 24,000 personnes au Québec manifestent des symptômes de DT. Quoiqu'il en soit, et même si le phénomène suscite des réactions allant de l'indifférence à l'exagération (Munetz et Schultz, 1986), il est fort possible que nous soyons devant un désastre iatrogénique sans précédent, dont les implications commencent à peine à pénétrer la cons-

* L'auteur est professeur à l'École de service social, Université de Montréal. Une version modifiée de cet article fut présentée au Congrès de l'Acfas, Montréal, mai 1989. L'auteur tient à remercier le CAFIR de l'Université de Montréal pour l'aide apportée.

science des professions impliquées (Appelbaum et al., 1985; Brown et Funk, 1986; Cohen, 1989b).

Au cours de la dernière décennie, l'incidence de la DT a contribué à un éclatement des poursuites judiciaires contre les médecins aux États-Unis (Lund, 1989), au renforcement progressif du droit de refus au traitement pharmacologique (Morrison, 1985), aux appels à la réglementation visant à modifier les pratiques de prescription (Baldessarini et Cohen, 1985), aux affirmations de plus en plus fréquentes à l'effet que l'efficacité des neuroleptiques ait été exagérée (Easton et Link, 1987; Lidz, 1987) et à de sérieuses suppositions à l'effet que les effets «secondaires» des neuroleptiques pourraient tout aussi bien être considérés les effets «primaires» (Baldessarini et al., 1988) – un avis qui rejoint celui des investigateurs originaux de ces substances (Delay et Deniker, 1957; Lehmann et Hanrahan, 1954).

Ces problématiques semblent pourtant avoir échappé à la majorité des intervenants sociaux en santé mentale. À titre d'exemple, je me penche dans cet article sur le rôle des travailleurs sociaux bien que je crois que les arguments apportés peuvent s'appliquer à tous les intervenants non médicaux dans ce secteur. En nursing psychiatrique, il semble exister une sensibilisation assez poussée quant aux problèmes engendrés par l'utilisation répandue des neuroleptiques (e.g. Engle et al., 1985; Oriol et Oriol, 1985). Aujourd'hui, la majorité des études et discussions sur le sujet se retrouvent dans la littérature médicale, bien que la profession psychiatrique ait longtemps résisté à reconnaître l'ampleur et la gravité des maladies iatrogéniques induites par ces médicaments (Brown et Funk, 1986; Crane, 1973; Gualtieri et Sprague, 1984).

Les intervenants sociaux et les neuroleptiques

Dans leurs milieux de pratique, les intervenants sociaux sont exposés à l'éventail des effets des psychotropes sur les clients. Leur connaissance intime de ces clients, jointe à des perspectives théoriques qui situent les clients dans leurs familles et les autres systèmes sociaux, ont peut-être suggéré à ces professionnels d'étudier la place qu'occupent les psychotropes dans la gestion des personnes dérangées ou dérangeantes. Toutefois, les chercheurs et intervenants auront à considérer de plus

près les questions soulevées par la prescription de drogues psychotropes. Par exemple, entre 1980 et 1985, sept périodiques américains importants en travail social ont publié, sur un total de 1,891 articles, seulement six articles (0,3%) sur le sujet de la prescription de psychotropes relativement à la pratique du travail social (Cohen, 1988a). Ce peu d'intérêt est d'autant plus étonnant que le travail social, depuis ses débuts en tant que profession, est resté intimement associé à l'entreprise psychiatrique.

De plus, ces quelques articles touchent à peine aux questions auxquelles sont pourtant confrontés de façon routinière les intervenants sociaux: la signification sociale et psychologique de l'utilisation et de la prescription de drogues, et les effets des drogues sur l'état de santé des clients, sur leurs capacités cognitives et de résolution de problèmes et sur leurs situations sociales. Je résume brièvement dans cet article une partie de l'évidence qui suggère fortement que les neuroleptiques prescrits en psychiatrie pour fins thérapeutiques exercent, aux doses thérapeutiques, de profonds effets néfastes sur le comportement et la cognition des patients. Ces effets «secondaires» passent souvent inaperçus ou alors sont confondus avec des problèmes d'ordre psychiatrique — ce qui mène à un traitement inapproprié. L'incapacité ou le refus des intervenants d'envisager le problème des effets nocifs de la perspective du patient fait perpétuer des souffrances inutiles. Il existe un besoin pressant d'éducation, de sensibilisation et de discussion sur ces questions parmi tous les professionnels impliqués.

Deux chercheurs en service social ont récemment posé la question suivante: «Est-il nécessaire que les travailleurs [sociaux] fassent l'acquisition, au cours de leurs études universitaires ou par d'autres moyens, du type de connaissances requis pour le développement d'une approche unique en travail social dans ce secteur?» (Berg et Wallace, 1987, 151). Je réponds par l'affirmative à cette question. Il n'est pas seulement nécessaire, mais bien indispensable que les intervenants sociaux développent leur propre approche scientifique et clinique envers les traitements pharmacologiques en santé mentale. Je pense que le fait de prescrire ou d'encourager l'utilisation de drogues chez un autre être humain engage immédiatement des questions d'autorité et de coercition qui entâchent souvent – chez les patients, les familles et les professionnels – la valeur

du soulagement temporaire. Ces questions sont à l'origine de problèmes pratiques, éthiques et légaux extrêmement complexes en psychiatrie, problèmes que ceux qui aspirent aux pouvoirs et privilèges de la psychiatrie devraient considérer attentivement. Cependant, je crois que les intervenants sociaux ont en leur possession des modèles de pratique et des habiletés d'intervention éprouvés pour effectuer une première évaluation des principales thérapies somato-psychiatriques contemporaines et pour contribuer à notre connaissance de leurs effets. La recherche et la pratique de l'intervention sociale en santé mentale doivent continuer à faire valoir leurs capacités acquises et potentielles en s'attaquant aux problèmes les plus évidents. La prévention des effets néfastes devient rapidement, si elle ne l'est déjà, la question la plus urgente dans les traitements pharmacologiques, autant dire dans la psychiatrie contemporaine (Rifkin, 1987). Les réactions fâcheuses aux psychotropes peuvent être la cause directe de 7,5 pour cent de toutes les admissions à une unité de soins psychiatriques (Hermesh et al., 1985), et peut-être de 20 pour cent des admissions en psychogériatrie (Learoyd, 1972). Wise (1986) encourage explicitement les intervenants sociaux à contribuer à la diminution du taux de troubles iatrogéniques en développant leur connaissance des effets des médicaments. Ceux qui profiteront immédiatement d'un tel engagement dans ce domaine seront nos clients, mais une prise en considération active et créative de cette réalité dans le corpus cognitif des professions non médicales mènerait les chercheurs et intervenants à une compétence plus responsable et plus autonome dans le secteur de la santé mentale.

Effets thérapeutiques et toxiques

Les neuroleptiques apaisent rapidement les personnes agitées ou agressives, régularisent l'affection labile, ont des propriétés sédatives. Officiellement, ils sont indiqués pour le traitement des troubles schizophréniques, troubles affectifs comportant des symptômes psychotiques, psychoses paranoïdes, psychoses réactionnelles brèves et certains syndromes cérébraux organiques. Parce qu'ils sont indéniablement puissants pour la suppression des symptômes de psychose aiguë, l'opinion psychiatrique perçoit comme «irresponsable» de ne pas les utiliser dans ces cas (Baldessarini et Cole, 1988). À court terme, ils semblent atténuer le retrait catato-

nique et calmer tout aussi efficacement le patient surexcité, effets impressionnants qui ont conduit une génération de cliniciens à affirmer que ces substances agissent au «cœur» de la psychose, qu'ils sont de «vrais» antipsychotiques.

Lorsqu'il fut observé que cette puissance clinique des neuroleptiques était corrélée à leur capacité de se lier à la dopamine du cerveau et d'inhiber, en conséquence, la transmission des influx nerveux rendus possibles par la dopamine, il fut suggéré que la schizophrénie est causée par une activité en quelque sorte excessive des systèmes neuronaux dopaminergiques, hypothèse qui a véritablement déclenché l'approche neuroscientifique moderne de la schizophrénie (Cohen et Cohen, 1986). On peut aller jusqu'à affirmer que les effets observés des neuroleptiques sont à l'origine de toute l'entreprise moderne que l'on connaît sous le nom de «psychiatrie biologique».

Les insuffisances des neuroleptiques sont pourtant bien connues. Il a longtemps été remarqué que l'utilisation prolongée de ces drogues (généralement définie comme dépassant les six ou 12 mois) ne supprime pas les symptômes avec autant d'efficacité que l'utilisation à court terme. Une revue des études contrôlées révèle qu'après deux ans, 48 pour cent des patients sur neuroleptiques et 80 pour cent des patients ayant reçu des placebos rechutent, ce qui donne un résultat net de 32 pour cent d'effet positif du médicament (Hogarty, 1984). El-Islam (1989), affirmant «qu'il est maintenant bien établi que l'échec à maintenir la rémission en schizophrénie ne peut être attribué à la noncompliance à la médication,» (p. 303), déclare que 50 pour cent des patients schizophréniques rechutent lors du traitement avec neuroleptiques à action prolongée administrés par injection. Il y a dix ans déjà, Lehmann (1979), qui a introduit la chlorpromazine en Amérique du Nord, affirmait que «50 pour cent peut-être des patients schizophréniques sous traitement continu n'auraient pas besoin de prendre leur médication et ne rechuteraient pas sans elle» (p. 227). Comme le conclut modérément une méta-analyse de 200 études sur l'efficacité à long terme du traitement neuroleptique, «l'évidence supportant les bénéfices à long terme de la médication antipsychotique demeure incomplète» (Baldessarini et al., 1988, p. 88). Pourtant, l'usage de ces médicaments constitue la pierre angulaire du traitement des schizo-

phrènes chroniques, ceux qui, presque par définition, ne répondent pas au traitement neuroleptique.

Hollister (1987), expert de premier plan en psychopharmacologie clinique aux États-Unis, a récemment fait le bilan de 25 années de recherche dans ce domaine :

«La vaste panoplie des [neuroleptiques] sur le marché actuel comporte maintes insuffisances : ils ne sont pas curatifs ; les améliorations qu'ils apportent sont souvent limitées ; plusieurs patients y demeurent totalement insensibles ; ils sont désagréables à prendre, ce qui nuit sensiblement à l'acquiescement [compliance] des patients ; ils produisent d'importants effets secondaires, tels la dyskinésie tardive et la psychose tardive, dont l'ensemble des implications n'est pas encore connu avec certitude» (389).

Contrairement à l'époque où le traitement par neuroleptiques était centré sur la réduction des symptômes psychotiques, ce qui semble occuper aujourd'hui le devant de la scène est la définition, la prévention et le traitement des réactions indésirables qui leur sont rattachées. Il est rare aujourd'hui de lire un article sur les neuroleptiques qui ne débute pas son exposition sans rappeler les effets toxiques et la prudence qui doit accompagner leur utilisation. Les médecins traitants qui prescrivent des neuroleptiques savent qu'un cinquième de ceux qui prennent ces drogues pendant plus d'un an développeront des symptômes, légers ou graves, de DT, maladie fréquemment persistante pour lequel aucune cure n'a été découverte. Chez les patients âgés institutionnalisés, le taux de prévalence atteint les 40 pour cent (Yassa et al., 1988). On considère aujourd'hui que si les symptômes sont reconnus tôt et si l'on cesse le traitement, la DT peut s'améliorer ou éventuellement disparaître dans une minorité des cas (Gerlach et Casey, 1988 ; voir aussi Shriqui, 1988, pour une excellente mise à jour en français sur la DT). Pour la majorité des patients atteints, la DT semble irréversible : l'étude récente de Bergen et al. (1989), portant sur 101 patients avec DT persistante évalués à quatre ans d'intervalle, rapporte un taux d'amélioration chez neuf patients, une aggravation chez huit, et aucun changement chez 83 patients.

Une grande proportion de ceux qui reçoivent des neuroleptiques, même pendant quelques jours seulement, souffriront de réactions indésirables telles

l'akinésie et le parkinsonisme, l'akathisie et les dystonies. Après des mois ou des années de traitement, ces réactions peuvent assumer des formes chroniques, telle l'akathisie tardive. Ces symptômes peuvent susciter une détresse physique et psychologique intense (Van Putten et Marder, 1987), ne font souvent l'objet d'aucun diagnostic (Weiden et al., 1987), sont souvent confondus avec des symptômes psychiatriques (Rifkin, 1987), et peuvent interférer avec la réhabilitation et l'intégration sociale (Cohen, 1989a ; Diamond, 1985 ; Estroff, 1984). Voici deux exemples.

L'*akinésie* est un état comportemental de motricité et de spontanéité diminuées «remarquablement difficile à différencier de l'apathie ou du «blunting» schizophréniques» (Van Putten et Marder, 1987, 15). L'*akinésie* est décrite en détail dans les rapports des tous premiers essais de la chlorpromazine en psychiatrie, et a longtemps été considéré comme partie intégrante de l'action thérapeutique. Selon Van Putten et Marder, le patient atteint d'*akinésie* «laisse paraître moins de matériel psychotique, mais laisse paraître moins de toute autre chose ; il est moins dérangé par ses hallucinations tout comme il l'est moins par toute autre chose ; il se réfugie moins dans son délire mais il se réfugie moins dans toute autre chose. Plusieurs patients souffrant d'*akinésie* manifestent une absence particulière d'émotions, semblent tout à fait morts émotionnellement et affirment souvent que tout va pour le mieux. Nous ne devons pas nous glorifier de ce semblant d'amélioration» (15).

Des patients sur neuroleptiques avec symptômes akinétiques décrits dans l'étude de Cohen (1989a) présentent un portrait similaire, même si leurs dossiers médicaux ne contiennent aucune indication d'une évaluation pour les effets secondaires ou d'une réalisation des liens entre ces comportements et la médication.

À l'opposé de l'*akinésie*, l'agitation qui caractérise l'expérience subjective de l'*akathisie* s'accompagne des mouvements d'une marche fictive ou mimétique : balancements d'un pied sur l'autre pendant la marche, piétinement sur place, désir intense de bouger. Selon les mêmes auteurs, l'*akathisie* provoque «de l'angoisse, tout simplement». Elle est associée à la dépression et, dans certains cas, a été reliée aux actes suicidaires ou au meurtre. Comme dans le cas de l'*akinésie*, «Il peut être impossible de

faire la distinction entre l'akathisie et les symptômes psychotiques» (13). Cette observation, retrouvée dans nombre d'études sur l'akathisie, est ainsi détaillée par Rifkin (1987) :

Dans sa forme la plus distincte, le patient dit : «Même si je ne me sens pas nerveux, j'ai cette envie irrésistible de bouger. Je ne peux rester assis tranquille. J'ai des fourmis dans les pantalons.» Dans cette forme pure, les symptômes sont clairement dus au neuroleptique et non au désordre mental. Mais souvent la présentation n'est pas aussi nette parce que le patient associe son agitation avec la nervosité, ou l'agitation cause véritablement de l'anxiété. Souvent le patient... ne considère même pas la possibilité que son agitation est un effet secondaire mais présume qu'il s'agit d'anxiété et se trouve de bonnes raisons pour expliquer cette anxiété. Lorsque le clinicien examine enfin le patient, le symptôme d'agitation est devenu un arrière-plan à un éventail de peurs liées à l'anxiété. À ce stade, le diagnostic approprié est très difficile (4).

Le diagnostic est certainement difficile à poser, mais le portrait reste clair : les symptômes extrapyramidaux causés par les neuroleptiques ont des effets profonds sur la motricité, le comportement ainsi que sur l'expérience subjective consciente de ce comportement.

Ma propre évaluation de l'efficacité des neuroleptiques en particulier et des psychotropes en général se résumerait ainsi. En dépit des effets bénéfiques qu'on leur attribue, beaucoup de patients s'en plaignent et ne veulent pas les prendre. En dépit des effets nocifs qu'on leur attribue, beaucoup de patients les trouvent utiles ou indispensables. Chez d'autres patients encore, les neuroleptiques ne semblent avoir aucun effet manifeste. Ces faits ne sont appréciés ni par les défenseurs, ni par les détracteurs de la médication. Bien que les effets thérapeutiques soient donc importants, les effets toxiques sont tout aussi observables, prévisibles, fréquents. De plus, lorsqu'une intervention iatrogénique devient ritualisée et institutionnalisée, elle mérite d'être étudiée comme entité pathologique véritable. Pourtant, bien qu'un nombre croissant de chercheurs en psychiatrie, neurologie, neuropsychologie et sciences sociales se penchent maintenant sur les effets indésirables, la littérature contemporaine reste, très nettement, axée sur les effets bénéfiques.

Perceptions des effets toxiques en milieu clinique

Selon Baldessarini et al. (1988), il devient de plus en plus rare d'avoir l'occasion d'évaluer des patients psychotiques qui ne sont pas médicamenteux, de sorte que les impressions cliniques des psychoses sont souvent modifiées par les effets des neuroleptiques et autres psychotropes. Ces chercheurs sont d'avis que cet état de choses ne peut qu'exercer une influence défavorable sur la formation psychiatrique de jeunes médecins ainsi que l'évaluation correcte des patients.

Cette observation est confirmée par le taux élevé de diagnostics erronés établis sur les troubles dus aux drogues, ou encore par le fait que de tels troubles passent inaperçus. Selon les termes de la seule étude publiée sur ce sujet, des cliniciens chevronnés n'ont pas réussi à reconnaître et à diagnostiquer la dyskinésie tardive dans 90 pour cent des cas, l'akathisie dans 75 pour cent des cas et l'akinésie dans 40 pour cent des cas (Weiden et al., 1987). De plus, dans tous les cas reconnus, aucun des cliniciens ne réduisit la dose du neuroleptique, décidant plutôt d'ajouter un anticholinergique, prescrit pour contrecarrer certains des effets toxiques des neuroleptiques et qui comporte ses propres dangers (Lake et al., 1986). Pourtant, lors d'une étude consécutive (Dixon et al., 1989), ces mêmes chercheurs ont remarqué qu'un simple entraînement supplémentaire de quatre heures servait à diminuer de manière appréciable ces taux de diagnostics erronés et à encourager les cliniciens à prescrire des doses réduites de neuroleptiques. Les auteurs concluent :

«Étant donné les taux alarmants de non-reconnaissance des symptômes extrapyramidaux [SEP] et le manque de formation sur ces syndromes dans les institutions académiques, nos résultats suggèrent qu'un cours bref et concentré sur les [SEP] peut mener à des améliorations importantes dans les soins fournis au patient psychotique et devrait faire partie de tout programme de formation de résidents» (1989, 105).

Le besoin de sensibilisation et de formation professionnelle est plus pressant si l'on tient compte des résultats récents de deux études longitudinales des pratiques de prescriptions, portant sur plusieurs cen-

taines de patients psychiatriques (Reardon et al., 1989; Segal et al., 1989). Les résultats montrent une augmentation de l'ordre de 100 pour cent des doses moyennes de neuroleptiques prescrites aux patients psychiatriques, autant en milieu institutionnel que communautaire – et ceci durant la décennie où la quasi-totalité des articles publiés par des cliniciens, chercheurs, associations professionnelles et compagnies pharmaceutiques enjoignent à l'utilisation des neuroleptiques aux «doses minimales efficaces.»

Enjeux politiques, cliniques et économiques

Shriqui (1988), conscient de l'ampleur et de la gravité des maladies iatrogéniques comme la DT, pose une question qui n'est qu'à très rarement discutée dans la littérature psychiatrique. Citant Deniker, l'un des pionniers européens en psychopharmacologie, il demande, «Doit-on retirer les antipsychotiques du marché?» Il répond :

«un retrait des neuroleptiques provoquerait rapidement la réapparition des psychoses caricaturales des anciens manuels de psychiatrie et les milieux psychiatriques asilaires en seraient davantage inondés. [Deniker] ajoutera avec fermeté : «Si la maladie mentale fait moins peur aujourd'hui, c'est grâce à l'avènement de la chimiothérapie.» Il n'est donc pas question de répéter l'histoire du grand bond en avant, deux pas en arrière» (641-642).

Ces commentaires me semblent autant exagérés qu'incomplets, et ceci pour plusieurs raisons.

Premièrement, certaines des psychoses caricaturales, la catatonie en particulier, semblent en effet avoir disparu des présentations cliniques rencontrées de nos jours, mais il est incertain si ceci est le résultat de l'utilisation des neuroleptiques ou bien de diagnostics différentiels mieux posés – les symptômes de la catatonie étant facilement confondus avec nombre de syndromes cérébraux organiques (Taylor, 1982). De plus, même si l'on attribue aux neuroleptiques la disparition des psychoses caricaturales, il reste à voir précisément comment ce bénéfice particulier compense les coûts produits par l'incidence des effets toxiques.

Deuxièmement, la maladie mentale fait peut-être moins peur aujourd'hui, mais à juger par le poids de l'évidence épidémiologique, son taux ne cesse de

s'accroître (*Dossier «Santé mentale»*, 1986) (précisément depuis l'utilisation répandue de la chimiothérapie). Quoiqu'il en soit, le spectre d'un retour aux méthodes de l'époque asilaire est trop facilement agité pour justifier une continuation des traitements pharmacologiques actuels, dans leurs conditions d'utilisation actuelles.

Troisièmement, il existe des précédents historiques et contemporains pour croire que des hameaux ou des hôpitaux pour personnes sérieusement troubles peuvent fonctionner sans recours à l'utilisation de drogues toxiques, si seulement l'on pouvait fournir des ressources humaines appropriées (Breggin, 1983; Chamberlin, 1979). Bockoven (1963) a examiné l'histoire du «traitement moral» dans les petits «hôpitaux» qui précéderent l'époque asilaire; même si les comparaisons restent difficiles à faire, les taux de rétablissement étaient comparables à ceux de nos meilleurs établissements psychiatriques modernes. Le traitement moral avait évidemment ses faiblesses, qui reflétaient surtout l'état autoritaire de la psychiatrie et de l'époque où il s'est développé, mais son histoire nous démontre que des «safe-spaces» psychiatriques de l'ère prétechnologique ont pu aider toutes sortes de personnes dérangées ou dérangeantes. La fin des traitements aux neuroleptiques (en particulier, celle des traitements involontaires) aurait des conséquences néfastes seulement si l'on insiste à maintenir en existence et avec budgets insuffisants des établissements psychiatriques hébergeant plusieurs centaines ou milliers de patients. De plus, Deniker attribue une importance démesurée au rôle des neuroleptiques dans la mise sur pied des politiques et pratiques de désinstitutionnalisation, rôle dont l'importance a été sérieusement remise en question, sinon définitivement écartée (voir résumé des études sur cette question par Gronfein, 1985).

Finalement, il faut aussi tenir compte des résultats de plusieurs études longitudinales qui remettent sérieusement en question l'hypothèse que les troubles schizophréniques demeurent incurables. Voici un aperçu des ces études (résumées par Harding et al., 1987). 1) Bleuler suivit 208 patients pendant 23 ans. Taux de rétablissement complet : 23 pour cent. Taux d'amélioration significative : 43 pour cent. Son critère de rétablissement complet : le plein emploi et la réinsertion du patient dans son rôle social précédent. 2) Harding et Brooks suivirent, pendant 32

ans, 269 patients du seul hôpital psychiatrique public de l'État du Vermont. Ces patients avaient été, en moyenne, malades depuis 16 ans, complètement incapacités depuis 10 ans, et continuellement hospitalisés depuis six ans. Taux de rétablissement complet: 34 pour cent. Taux d'amélioration significative: 34 pour cent. 3) Ciompi et Muller examinèrent 289 patients 37 ans après leur première admission. Taux de rétablissement complet: 29 pour cent. Taux d'amélioration significative: entre 24 et 33 pour cent. Ces chercheurs sont d'avis que les résultats favorables ne peuvent être attribués aux neuroleptiques car les patients furent tous hospitalisés avant l'ère pharmacologique. 4) Huber et al. étudièrent 502 sujets 22 ans après leur première admission. Taux de rétablissement complet: 26 pour cent. Taux d'amélioration significative: 31 pour cent. On pourrait facilement ignorer ces résultats s'il ne s'agissait que d'un ou deux cas, mais le chiffre total de sujets s'élève à 1300, tous suivis pendant plus de 20 ans, et les taux de rétablissement ou d'amélioration majeure se situent entre les 50 et 65 pour cent. Peu de désordres psychiatriques ont de tels aboutissements. Ces résultats proviennent d'études différentes, menées dans des pays et des institutions différents, mais sont remarquablement semblables. Compte tenu des taux de médication actuels, du fait que plusieurs des patients aujourd'hui sont jeunes, et qu'une proportion importante d'entre eux seront atteints de dyskinésie tardive, il est raisonnable de se demander si les effets iatrogéniques produits par des médicaments administrés parce que l'on considère la schizophrénie incurable peuvent être évités.

Mes remarques précédentes ne font que suggérer qu'une réévaluation des coûts et des bénéfices (pour les patients et autres acteurs impliqués) dérivés de l'utilisation des neuroleptiques devrait se faire dans les plus brefs délais. Pourtant, elle ne peut se faire de manière sensible sans reconnaître l'une des causes principales des phénomènes que je décris brièvement dans cet article: la dépendance, on pourrait même dire, l'accoutumance de la psychiatrie aux psychotropes, alimentée entre autres par les compagnies pharmaceutiques. Cette dépendance a fait l'objet de plusieurs analyses approfondies (par exemple, Silverman et Lee, 1974). Il en ressort clairement que les thérapies pharmacologiques ont radicalement modifié la topographie entière du champ

de la santé mentale et que leur introduction est considérée comme l'accomplissement majeur de la psychiatrie moderne envisagée sur le plan mondial. Le médicament est aujourd'hui l'outil principal du praticien et la technologie qui reflète le plus son identité professionnelle. Comme le suggère Montagne (1988), «le médicament est le signe visible du pouvoir guérisseur du médecin» (p. 421). Sans une distance émotionnelle appropriée de ces constats, l'analyse rationnelle des *vrais* coûts et des *vrais* bénéfices des neuroleptiques restera une entreprise des plus difficiles.

Aux États-Unis, suite à l'introduction du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3e éd. [DSM-III] et de sa consécration par les principales institutions concernées, de nombreuses luttes de territoire ont lieu entre la psychiatrie, la psychologie et le travail social concernant, entre autres, l'adoption de nouvelles catégories diagnostiques et l'instauration de paiements par des tiers pour les psychothérapies (Cohen, 1988b). Au Québec, où l'appareil étatique régit le système de soins de santé, ces luttes portent surtout sur les orientations de nouvelles politiques en santé mentale et ont pour objet le contrôle principal des argents publics voués à la santé mentale. En dépit de l'indigence numérique de la psychiatrie, du coût élevé de sa scolarité et de la lenteur de sa croissance comparative aux autres professions de la santé mentale, le monopole qu'elle exerce sur la prescription de drogues assurera encore longtemps sa prédominance dans ce domaine. Je suis loin de suggérer ici aux professionnels non médicaux d'intensifier leurs luttes de pouvoir, qui ne font souvent que renforcer les positions déjà établies; j'avance simplement que la fréquence des effets secondaires, l'incidence des diagnostics erronés, ainsi que l'évidence ayant trait aux pronostics à long terme positifs spontanés dans les psychoses nous suggèrent avec force que les intervenants sociaux devraient s'engager dans l'étude des traitements pharmacologiques.

À l'écoute de la personne

Il existe plusieurs pistes de recherche sociale en psychopharmacologie, dont certaines que je détaille plus loin et qui, à ma connaissance, n'ont pas encore été envisagées dans la littérature. Toutes ces démarches nécessiteront d'abord une reconsidération hon-

nête du genre de relations que les intervenants sociaux entretiennent avec les psychiatisés, en particulier, comment ils les *écoutent*.

Les patients sous médication se sont toujours plaints des effets néfastes des drogues qu'on leur administrait, et ceci, depuis les premières descriptions de la chlorpromazine en milieu hospitalier. Pourtant, ils n'étaient écoutés par personne. Ce n'est que lorsque que les professionnels eux-mêmes firent écho à ces plaintes que l'on reconnut qu'elles étaient justifiées. Mon analyse de la littérature du travail social des années 1940-1950 portant sur les traitements chocs administrés aux détenus des grands asiles psychiatriques américains (Cohen, 1987, 1988a) révèle que les travailleurs sociaux de l'époque étaient bien conscients que les patients étaient terrifiés par ces traitements. Il manquait pourtant un vocabulaire professionnel qui aurait libéré ces constatations de leur emprise soit par le déterminisme masqué des théories psychodynamiques, soit par les explications réductionnistes des théories biologiques. Les protestations, objections et peurs des patients étaient soit analysées afin de découvrir leur signification psychologique latente, soit écartées comme «épiphénomènes» psychologiques qui indiquaient tout simplement que le traitement exerçait son action sur l'organisme. Dans les deux cas, les remarques et donc les patients étaient dérobés de toute authenticité, dont celle-là même que tout intervenant peut respecter sans pour autant devoir lui accorder le statut de vérité factuelle.

Heinz Lehmann avance aujourd'hui que les cliniciens utilisent les neuroleptiques pour bloquer précisément ce qu'il espérait que la chlorpromazine faciliterait: la communication et la compréhension entre patient et thérapeute. Il prononça récemment ces paroles intéressantes: «J'attends anxieusement la prochaine révolution en psychiatrie, qui, je l'espère, sera celle d'un retour des sciences humaines en psychiatrie» (cité dans Collins, 1988, p. 187). Une contribution fondamentale que peut apporter l'intervention sociale à la réciprocité entre l'aspect humain et l'aspect réductionniste des soins à la population concernée sera donc de mettre au centre de nos interventions *la personne* et les explications qu'elle apporte *elle-même* de son comportement.

Le médecin d'asile qui interprétait les déclarations d'un patient comme étant le produit patholo-

gique d'un cerveau malade se compare au physiologiste qui considère un écoulement de sang comme le produit pathologique d'un organe malade. Le premier a éventuellement accordé au discours de son patient le statut de discours, mais n'a pas attribué un *sens* à ce discours. Ce contexte général du siècle dernier est celui dans lequel Freud est apparu, affirmant qu'une signification pouvait être découverte dans ce que disaient les patients si seulement on les écoutait et remaniait leurs paroles sous l'autorité de la voix psychanalytique (Masson, 1984, 1988; Szasz, 1987). Nombre d'intervenants sociaux ont longtemps pratiqué cette introspection, mais par voie de conséquence, et plus subtilement, le patient y perdait en crédibilité puisqu'il devenait quelqu'un qui ne se comprenait pas lui-même et ne pouvait rendre un compte valable de son comportement.

Pourtant, les professions aidantes ont pour objectif de rendre la personne crédible et de renforcer son autodétermination, et ces professions comprennent que la première étape dans ce cheminement est *d'écouter*. Or, on rechercherait en vain dans les écrits contemporains la moindre allusion au fait que les perceptions et déclarations des clients sous médication – de même que l'environnement social dans lequel ces éléments sont entérinés ou disqualifiés – soient cruciales pour la compréhension des traitements pharmacologiques et de leurs effets.

Stein et Aprey (1985) proposent que l'acte de prescrire est une partie intrinsèque de la prescription elle-même, que le processus d'interaction entre la façon de prescrire la drogue et la personne qui la prescrit et l'administre fait partie de la drogue elle-même. La prescription n'est pas simplement le bout de papier que le médecin donne au patient, et elle n'est pas seulement l'effet de la drogue sur le corps: «La «foi expectante» du médecin... est autant une propriété injectée ou projetée dans la drogue que peut l'être la foi expectante et réciproque qu'imputent à la drogue le patient ou sa famille» (pp. 98-99). Stein et Aprey nous invitent à nous poser des questions telles que: Pourquoi le symptôme du patient existe-t-il? Qui bénéficie du symptôme? Qui profite de son soulagement? À qui est destiné le médicament et à quoi sert-il? Qu'est-ce qu'on omet possiblement de faire en prescrivant et en utilisant un médicament? «Pas de doute que la drogue suive le canal alimentaire du patient; mais ce faisant, qui prend la pilule? qui subit la médication?» (p. 101).

Ces remarques font songer que pour comprendre l'éventail complet des effets des drogues psychotropes, nous devons transcender l'idée qu'elles ne sont que le résultat de configurations moléculaires, et plutôt en venir à les considérer aussi comme des communications stratégiques (encore que non articulées) témoignant de drames personnels, familiaux et sociaux complexes et souvent tragiques.

Les recherches sur «l'émotion familiale exprimée» (EE) et l'impact de cette variable sur la rechute schizophrénique et l'efficacité du neuroleptique représentent un premier pas dans cette direction. Les chercheurs accordent une grande importance au rôle des effets secondaires. Dans l'étude récente de Hogarty et al. (1988), ayant pour but d'établir la «dose minimale efficace» pour le maintien neuroleptique sous diverses conditions d'EE, les chercheurs prennent soin de préciser que leur tentative sert de «fondement sur lequel le confort personnel et la performance sociale des patients peuvent être améliorés grâce à la réduction des symptômes extrapyramidaux» (p. 797). Fait intéressant, les patients sur doses minimales et vivant dans des conditions d'EE réduite rapportèrent moins d'effets secondaires et étaient mieux ajustés que les patients d'EE forte, maintenus sur la même dose.

À cet égard, les interventions sociales qui soulignent le rôle des dynamiques interpersonnelles et institutionnelles dans la création et le maintien des problèmes de comportement chez l'individu conviendraient certainement pour de telles explorations. Par contre, les approches qui se consacrent à expliquer le comportement perturbé par le seul dysfonctionnement biochimique seraient moins intéressées à cette exploration. Il est important ici de mentionner qu'en général, les familles de patients psychiatriques appuient fortement les efforts de recherche biologique sur les causes des troubles mentaux, peut-être parce que l'approche biologique n'appose de blâme sur personne. Par contre, le fait de reconnaître les réalités pénibles que vivent ces familles ne devraient pas nous mener à complètement rejeter la responsabilité parentale et familiale dans la production d'au moins certains des problèmes que nous désignons sous le vocable de «troubles mentaux.» Après tout, l'évidence que les abus et mauvais traitements durant l'enfance peuvent avoir de sérieuses conséquences plus tard dans la vie semble difficile à nier (Bryer et al., 1987; Herman, 1986; Herman et al., 1989).

Pistes d'intervention sociale

Le problème des effets secondaires représente un champ de contribution des plus importants pour les intervenants et chercheurs sociaux. Au niveau le plus élémentaire, tel que le souligne Wise (1986), les réactions nuisibles aux traitements pharmacologiques pourraient être évitées si les prescriptions étaient faites par des personnes qui possèdent les informations adéquates sur les réactions antérieures aux drogues. Et puisque les dossiers d'évaluation des intervenants sociaux constituent parfois les seuls historiques complets qui soient disponibles sur les données sociales et de médication, de telles informations devraient être soigneusement recueillies.

Une seconde contribution pratique immédiate, tel que suggéré par Davidson et Jamison (1983), serait d'identifier les effets négatifs physiques, psychologiques et sociaux des médicaments. Vu leurs contacts assidus avec les clients dans leur environnement quotidien, les intervenants sociaux sont tout désignés pour jouer ce rôle. J'ai mentionné quelques effets neurologiques des neuroleptiques, mais il est utile de consulter des textes tel le *Physician's Desk Reference*, qui listent les effets connus de toutes les drogues légales prescrites aujourd'hui. Les effets psychologiques négatifs des drogues sont ceux qui renforcent l'image de personne «malade» ou déficiente que se font d'eux-mêmes les patients, favorisent la dépendance excessive aux drogues, ou empêchent le client de faire face ou de tenter de corriger les conditions pathogéniques de son environnement. Parmi les effets sociaux négatifs se trouvent la mauvaise utilisation des drogues par les prescripteurs et par ceux qui cherchent à contrôler le client, la surmédication visant à éviter l'hospitalisation, la perception des drogues comme solution «magique», l'approbation et la stigmatisation du statut d'anormal du client, et le prétexte que constituent les drogues pour les revendications d'incapacité du client. Ces dimensions sont aussi réelles que le sont les conditions matérielles objectives de nos clients ou leurs ressources et déficits psychologiques, et devraient faire l'objet d'analyse et d'évaluation par les intervenants sociaux.

Un troisième rôle que pourraient jouer ces intervenants serait de fournir aux clients une information désintéressée sur la drogue. Les intervenants sociaux pourraient également participer à ce que les clients soient engagés plus activement dans la pla-

nification de leurs propres traitements. Plusieurs études ont démontré que les patients ne reçoivent que des informations incomplètes sur les risques qu'impliquent les effets nuisibles des drogues (Bown et Funk, 1986). Une étude rapporte que seulement un tiers des psychiatres de l'échantillon divulguent à leurs patients sur neuroleptiques le risque de DT et d'autres effets secondaires majeurs; un psychiatre sur dix était d'avis qu'il valait mieux *ne pas du tout en discuter* avec les patients (Benson, 1984). Les chercheurs pourraient collaborer dans ce secteur critique en testant l'efficacité des stratégies visant à améliorer le souvenir que gardent les patients de l'information utile et, du même coup, leur aptitude à fournir un consentement éclairé à la pharmacothérapie.

Pistes de recherche

Néanmoins, l'exercice des fonctions décrites ci-haut ne comblera pas le déficit éclatant que représentent les écrits fondamentaux sur les drogues dans la littérature des sciences sociales appliquées. Selon Davidson et Jamison, «Les auteurs en travail social empruntent librement aux sociologues, psychanalystes et psychologues. Personne ne s'oppose ni ne trouve inadéquat que les travailleurs sociaux écrivent sur la modification du comportement, analysent le transfert, ou utilisent la théorie systémique... Les écrits ou la formation dans le domaine de la thérapie par drogues se ressemblent à cet égard: les travailleurs sociaux publieraient et enseigneraient sur la thérapie par drogues pour les liens qu'elle entretient avec le travail social» (1983, 149).

Dans ce domaine véritablement négligé, les intervenants sociaux sont capables, à l'heure actuelle, d'apporter des connaissances fondamentales. Par exemple, les textes de référence sur les drogues et en pharmacologie partagent le même vocabulaire et les mêmes points de vue: les effets sont divisés en somatiques (c'est-à-dire sécheresse buccale, vue brouillée, tremblements) et psychologiques (c'est-à-dire sédation, agitation, rémission dépressive). Les pharmacologues, toutefois, ne décrivent pas les drogues quant à leurs effets sur la participation et l'interaction sociale. Sans aller jusqu'à reprocher aux pharmacologues de ne pas être des sociologues, il est capital de souligner que ce qui constitue un «effet» fait aussi partie de ce dernier domaine. Len-

nard (1971) a proposé une approche qui pourrait servir de correctif à la définition médicale traditionnelle des effets chimiques. Cet auteur a examiné les effets des drogues sur la communication, à savoir la capacité d'approuver ou de désapprouver, de réagir, de s'imposer aux autres, d'être en colère, de prendre des décisions, et de développer et entretenir des relations. C'est précisément dans cette sphère propre aux sciences humaines et sociales qu'il manque énormément de connaissances solides concernant les effets des médicaments.

Les chercheurs ou intervenants sociaux en santé mentale pourraient combler un vide dans la littérature scientifique en décrivant des cas individuels de réactions défavorables aux drogues, en particulier leur impact sur le fonctionnement social des clients. Une partie négligeable de la littérature scientifique sur ce sujet touche la souffrance subjective du patient. Sur les centaines d'articles sur la DT que j'ai consultés, je n'en ai trouvé qu'un seul rapportant les propos d'une victime (Skov, 1985), et ceci dans une revue publiée par des ex-psychiatrisés. Pourtant, l'étude ethnographique effectuée par Estroff (1981) auprès de patients vivant en communauté révèle clairement que les neuroleptiques entraînent des effets secondaires débilissants et des stigmates visibles constituant des barrières à l'intégration sociale.

Il faut aussi soulever la possibilité que les effets secondaires contribuent positivement au rétablissement du patient. Il est possible que la création soudaine d'un symptôme physique par un médicament puisse, paradoxalement, distraire le patient de sa détresse psychologique immédiate et induire un sentiment que cette détresse s'atténue quelque peu.

Les intervenants sociaux pourraient aussi contribuer à redistribuer les termes du problème de non-docilité, c'est-à-dire, le refus ou la résistance du patient à suivre le régime prescrit, en étudiant les traitements par drogues réussis tels que décrits par les patients. Pour le patient, que constitue un traitement efficace?

Dans une perspective de recommandations fréquentes pour l'individualisation de la pharmacothérapie, particulièrement dans les traitements à long terme, les intervenants sociaux pourraient décrire des cas d'abandon graduel des drogues en explorant des stratégies d'aide à caractère social, psychologique ou autre visant à optimiser la capacité du

client à réussir la cessation partielle ou totale de l'utilisation de drogues. Les chercheurs pourraient aussi se pencher sur la question fascinante des variations ethniques et autres facteurs culturels dans la réactivité aux drogues.

Un autre terrain d'action des disciplines sociales est celui de l'analyse des effets historiques, politiques et économiques sur les perspectives cliniques des intervenants. Tel que discuté dans cet article, ces questions sont au cœur de nos préoccupations actuelles à l'égard des drogues psychotropes. Les décideurs ont un besoin urgent d'informations et d'analyses concernant les motifs de la médication et les conséquences des politiques de prescription. Ce besoin n'est que plus pressant dans une société où nous forçons plusieurs personnes à ingérer des drogues que nous leur prescrivons tandis que nous interdisons à d'autres d'ingérer les drogues qu'elles se prescrivent elles-mêmes.

Les étudiants des disciplines psycho-sociales doivent mieux connaître l'histoire, les caractéristiques et les effets des traitements auxquels sont soumis leurs clients, tout comme ils apprennent à connaître les facteurs individuels, institutionnels et communautaires qui façonnent la relation d'aide. Certains cours touchant aux principes de base de la pharmacologie et de la neurologie, avec un focus pertinent à l'intervention sociale, seraient nécessaires. De tels efforts n'auraient pas comme effet de nous distraire de nos visées traditionnelles. Au contraire, je pense qu'ils nous rapprocheraient de ce qui reste une poursuite désirable : la compréhension du comportement humain dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale.

Conclusion

Les conséquences de l'utilisation répandue des neuroleptiques dépassent largement celles que l'on a longtemps considéré comme prédominantes : la réduction des symptômes psychotiques aigus et la prévention des rechutes schizophréniques. On est en droit aujourd'hui de se demander si et comment ces effets thérapeutiques – qui doivent être sensiblement qualifiés vu la proportion importante de patients qui ne réagissent pas favorablement – compensent les effets nocifs des neuroleptiques. L'évidence actuelle, bien qu'insuffisante parce que peu recherchée, nous suggère fortement que les effets secon-

dares ont des influences insidieuses, profondes et répandues sur le fonctionnement physique, cognitif et donc social des patients sous médication. Il est souvent impossible de distinguer ces effets des problèmes pour lesquels le médicament est prescrit. La qualité de vie de ces patients en est affectée en conséquence. À mesure que les chercheurs se préoccupent davantage de cette problématique et que la formation des intervenants s'améliore, la liste d'effets nocifs s'allongera, ainsi que l'appréciation de leurs influences sur le comportement.

À en juger par les tendances décelées hors de nos frontières, les professions de la santé mentale seront bientôt confrontées au problème de la réhabilitation et compensation de personnes souffrant de maladies iatrogéniques comme la DT (Cohen, 1989b). Parmi les stratégies de prévention de ce désordre, l'amélioration des pratiques de prescription des neuroleptiques occupe certainement le premier plan. De plus, il incombe à toutes les professions de la santé mentale d'explorer systématiquement les alternatives de traitement non pharmacologique qui utilisent soit des professionnels, soit des groupes d'entraide, afin d'établir les coûts directs et indirects rattachés à ce traitement et à ses alternatives. L'évaluation des coûts et des bénéfices reliés à la prescription des psychotropes reste difficile car il nous manque des données récentes sur les alternatives à la médication, domaine de recherche qui ne semble toujours pas être prioritaire. Pourtant, bien que nous ayons probablement catalogué la panoplie entière des effets bénéfiques que procurent les neuroleptiques, nous en savons encore peu sur les risques. L'évaluation rationnelle des coûts et des bénéfices doit aussi tenir compte des motivations des différents acteurs impliqués dans la prescription de psychotropes (professionnels, patients, familles, compagnies pharmaceutiques, société), doit déterminer lequel de ces acteurs encoure la plupart des risques – et lequel subit la plupart des coûts. Deux choses restent certaines : beaucoup de patients subissent les coûts considérables de la médication et beaucoup de professionnels résistent à confronter cette réalité.

Références

- Appelbaum, P. et al., 1985, Responsibility and compensation for tardive dyskinesia, *American Journal of Psychiatry*, 142, 806-810.

- Anton-Stephens, D., 1954, Preliminary observations on the psychiatric uses of chlorpromazine (Largactil), *Journal of Mental Science*, 100, 543-557.
- Baldessarini, R.J., Cohen, B.M., 1986, Editorial: Regulation of psychiatric practice, *American Journal of Psychiatry*, 143, 750-751.
- Baldessarini, R.J., Cole, J.O., 1988, Chemotherapy in Nicholi, A., éd., *The New Harvard Guide to Psychiatry*, Harvard University Press, Cambridge, 481-533.
- Baldessarini, R.J. et al., 1988, Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses, *Archives of General Psychiatry*, 45, 79-91.
- Ban, T. et al., 1984, Pharmacotherapy of chronic hospitalized schizophrenics: diagnosis and treatment, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 9, 191-195.
- Benson, P.R., 1984, Informed consent: drug information is closed to patients prescribed antipsychotic medication, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 642-653.
- Berg, W., Wallace, M., 1987, Effect to treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs, *Health and Social Work*, 12, 144-152.
- Bergen, J.A. et al., 1989, The course of tardive dyskinesia in patients on long-term neuroleptics, *British Journal of Psychiatry*, 154, 144-152.
- Bishop, K., 1989, Studies find drugs still overused to control nursing home elderly, *New York Times*, March 13, A1, A12.
- Bockoven, S., 1963, *Moral Treatment in American Psychiatry*, Springer, New York.
- Breggin, P.R., 1983, *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain*, Springer, New York.
- Bryer, J.B. et al., 1987, Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness, *American Journal of Psychiatry*, 122, 1426-1430.
- Brown, P., Funk, S.C., 1986, Tardive dyskinesia: Professional barriers to the recognition of an iatrogenic disease, *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 116-132.
- Chamberlin, J., 1979, *On our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*, McGraw-Hill, New York.
- Cohen, D., 1987, *Psychiatric Social Work and Somatic Treatments in Psychiatry, 1933-1956*, Manuscrit non publié.
- Cohen, D., 1988a), Social work and psychotropic drug treatments, *Social Service Review*, 68, 576-599.
- Cohen, D., 1988b), L'influence du DSM-III sur la recherche et la pratique en psychopathologie, *Intervention*, 80, 12-24.
- Cohen, D., 1989a), *Psychotropic Drugs and the Chronically Mentally Ill: a Longitudinal Study*, Thèse de Ph.D., Université de Californie, Berkeley.
- Cohen, D., 1989b), *Allocating Responsibility for Tardive Dyskinesia*, Présenté au Congrès annuel de l'association Droit et société, juin 1989, Québec.
- Cohen, D., Cohen, H., 1986, Biological theories, drug treatments, and schizophrenia, *The Journal of Mind and Behavior*, 7, 11-36.
- Collins, A., 1988, *In the Sleep Room: the Story of the CIA Brainwashing Experiments in Canada*, Lester & Orpen Dennys, Toronto.
- Crane, G.E., 1973, Clinical psychopharmacology in its twentieth year, *Science*, 18, July 13, 124-128.
- Davidson, M., Jamison, P., 1983, The clinical social worker and current psychiatric drugs: some introductory principles, *Clinical Social Work Journal*, 11, 139-150.
- Dixon, L. et al., 1989, Management of neuroleptic-induced movement disorders: effects of physician training, *American Journal of Psychiatry*, 146, 104-106.
- Dossier «Santé mentale», 1986, Programme de consultation d'experts, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.
- Easton, K., Link, L., 1987, Do neuroleptics prevent relapse? Clinical observations in a psychosocial rehabilitation program, *Psychiatric Quarterly*, 58, 42-50.
- El-Islam, M.F., 1989, Collaboration with families for the rehabilitation of schizophrenic patients and the concept of expressed emotion, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 303-307.
- Engle, V.F. et al., 1985, Tardive dyskinesia: are your older clients at risk?, *Journal of Gerontological Nursing*, 11, 25-27.
- Estroff, S., 1981, *Making it Crazy: an Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*, University of California Press, Berkeley.
- Gualtieri, T.C., Sprague, R.L., 1984, Preventing tardive dyskinesia and preventing tardive dyskinesia litigation, *Psychopharmacology Bulletin*, 20, 117-119.
- Gerlach, J., Casey, D.E., 1988, Tardive dyskinesia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 369-378.
- Gronfein, W., 1985, Psychotropic drugs and the origins of desinstitutionalization, *Social Problems*, 32, 44-54.
- Harding, C.M. et al., 1987, Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 477-486.
- Herman, J.L., 1986, Histories of violence in an outpatient population, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Herman, J.L. et al., 19889, Childhood trauma in borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hermesh, H. et al., 1985, Contribution of adverse drug reactions to admission rates in an acute psychiatric ward, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 104-110.
- Hill, B. et al., 1985, A national study of prescribed drugs in institutions and community residential facilities for mentally retarded people, *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 279-284.
- Hill, D., 1983, *The Politics of Schizophrenia*, University Press of America, Lanham, MD.
- Hogarty, G.E., 1984, Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors, *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, sec. 2, 36-42.

- Hogarty, G.E. et al., 1988 Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 45, 797-805.
- Hollister, L.E., 1987, Strategies in clinical psychopharmacology, *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 386-390.
- Learoyd, B.M., 1972, Psychotropic drugs and the elderly patient, *Medical Journal of Australia*, 1, 1131-1133.
- Lehmann, H.E., 1979, Negative aspects of psychotherapeutic drug treatment, *Progress in Neuropsychopharmacology*, 3, 223-229.
- Lehmann, H.E., Hanrahan, G., 1954, Chlorpromazine, a new inhibiting agent for psychomotor excitement and manic states, A.M.A. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 71, 227-237.
- Lennard, H.L., 1964, A proposed program of research in sociopharmacology in Lieberman P. et al., eds, *Psychological Approaches to Social Behavior*, Stanford University Press, Stanford.
- Lidz, T., 1987, Effective treatment of schizophrenic patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 447-449.
- Lund, D.S., 1989, May, Tardive dyskinesia lawsuits on increase, *Psychiatric Times*, 1.
- Masson, J.M., 1984, *Le réel escamoté: Le renoncement de Freud à la théorie de la séduction*, Aubier, Paris.
- Masson, J.M., 1988, *Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing* Atheneum, New York.
- Morrison, D., 1985, The right to refuse treatment in Québec, *Health Law in Canada*, 5, 65-68.
- Oriol, M., Oriol, R., 1985, Involuntary commitment and the right to refuse medication, *Journal of Psychosocial Nursing*, 24, 15-20.
- Montagne, M., 1988, The metaphorical nature of drugs and drug taking, *Social Science and Medicine*, 26, 417-424.
- Munetz, M.C., Schulz, S.A., 1986, Minimization and overreaction to tardive dyskinesia, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 168-172.
- Reardon, G.T. et al., 1989, Changing patterns of neuroleptic dosage over a decade, *American Journal of Psychiatry*, 146, 726-729.
- Rifkin, A., 1987, Extrapyramidal side-effects: A historical perspective, *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (suppl.), 3-6.
- Segal, S.P. et al., 1989, *Sheltered-Care Residents Ten Years Later: IV, Neuroleptic Medications and Prescription Practices*, Soumis pour publication.
- Silverman, M., Lee, P.R., 1974, *Pills, Profits, and Politics*, University of California Press, Berkeley.
- Shriqui, C.L., 1988, Dyskinésie tardive: mise à jour, *Revue canadienne de psychiatrie*, 33, 637-644.
- Stein, H., Aprey, M., 1985, *Context and Dynamics in Clinical Knowledge*, University Press of Virginia, Charlottesville.
- Taylor, R., 1982, *Mind and Body: Distinguishing Psychological from Organic Disorders*, McGraw-Hill, New York.
- Szasz, T., 1987, *Insanity: the Idea and its Consequences*, Wiley, New York.
- Van Putten, T., Marder, S.R., 1987, Behavioral toxicity of antipsychotic drugs, *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (suppl), 13-19.
- Weiden, P.J. et al., 1987, Clinical non-recognition of neuroleptic-induced movement disorders: a cautionary study, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1148-1153.
- Wise, M., 1986, Working with medicated clients: a primer for social workers, *Health and Social Work*, 11, 36-41.
- Yassa, R. et al., 1988, Tardive dyskinesia in a psychogeriatric population in Wolf, M.E., Mosnaim, A.D., eds, *Tardive Dyskinesia: Biological Mechanisms and Clinical Aspects*, American Psychiatric Press, 125-133, Washington D.C.

SUMMARY

The use of neuroleptic drugs in psychiatry brought with it a wave of iatrogenic diseases and their socio-legal implications. These phenomena remain incompletely examined by the mental health professions. Social practitioners reflect in their professional literature a large ignorance of these problems. The author summarizes recent evidence on therapeutic and toxic effects of neuroleptics. Therapeutic effects are emphasized in the literature, so that toxic effects are still not well known. Extrapyramidal syndromes, in particular, remain poorly recognized and are often confused with psychiatric symptoms. The inability or refusal to perceive drug-induced problems from the perspective of the patient prolongs unnecessary suffering. The author discusses some professional and political issues in the use of neuroleptics, and the need for a rational reexamination of the justifications for this use. Avenues for intervention as well as applied and fundamental research in social psychopharmacology are suggested.